



Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana



Volumen 22 | Año 2025 | Publicación continua
ISSN: 0138-7103 | RNPS: 2030

Carta al editor

El burnout silencioso del médico general en zonas rurales

The Silent Burnout of the General Practitioner in Rural Areas

Jorge Andrés Hernández -Navas¹  

Juan Sebastián Therán León¹ 

¹ Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia

Recibido: 20/05/2025

Aceptado: 26/06/2025

Editor
Arturo Chi Maimó

Señor Editor:

En el discurso institucional, el médico general que ejerce en zonas rurales suele ser retratado como un profesional resiliente, comprometido con su comunidad y capaz de responder con creatividad a la escasez de recursos. Esta imagen, aunque bienintencionada, tiende a romantizar una realidad profundamente adversa.

En muchos territorios rurales de América Latina, y particularmente en Colombia, estos médicos enfrentan condiciones laborales que bordean el abandono institucional: extensas jornadas sin pausas adecuadas, sobrecarga asistencial sin soporte especializado, exigencias administrativas desproporcionadas, aislamiento geográfico y emocional, y una carga moral derivada del contacto constante con situaciones de vulnerabilidad social extrema que trascienden la práctica clínica tradicional.

Este contexto propicia un deterioro progresivo de la salud mental del profesional, cuyo desenlace más frecuente es el síndrome de burnout. Lejos de ser un fenómeno marginal, esta condición se ha convertido en una constante silenciosa en los servicios rurales, especialmente entre los médicos recién egresados que asumen su año social o sus primeros cargos en estas zonas, muchas veces sin formación suficiente en salud comunitaria, sin herramientas para el autocuidado, y sin acceso a una red de apoyo profesional o institucional. ⁽¹⁾

A diferencia del burnout en entornos hospitalarios urbanos, donde suele asociarse a la presión asistencial, la alta demanda de procedimientos y el ritmo acelerado, el burnout en contextos rurales tiene manifestaciones particulares: soledad profesional, desmotivación creciente, desconexión emocional con la práctica médica, dificultad para establecer límites entre la vida personal y laboral, y frustración persistente por la incapacidad estructural del sistema para responder de forma efectiva a las necesidades de la comunidad. A menudo, los profesionales deben asumir tareas que exceden su competencia médica: gestión de recursos, educación sanitaria, logística de remisiones, coordinación con actores institucionales, y a veces, funciones de liderazgo político en salud. ⁽²⁾

A esto se suma la precariedad del acceso a servicios de salud mental para el personal sanitario en el entorno rural, la ausencia de mecanismos de supervisión clínica o tutoría, y la limitada posibilidad de formación continua. Este conjunto de factores genera una sensación de estancamiento profesional, aislamiento progresivo y desvinculación con el proyecto de vida del profesional, que termina ejerciendo en condiciones contrarias a la dignidad mínima del trabajo sanitario.

Uno de los elementos que más contribuye a la invisibilización de este problema es la cultura médica dominante, que tiende a normalizar la sobrecarga laboral y estigmatizar cualquier manifestación de sufrimiento emocional. En muchos espacios de formación y ejercicio, expresar agotamiento o vulnerabilidad es percibido como una señal de debilidad o falta de

vocación, lo cual lleva a que muchos médicos rurales oculten sus síntomas, sosteniendo en silencio una carga emocional insostenible. Esta narrativa del "médico fuerte que todo lo puede" no solo es injusta, sino también peligrosa, pues impide el reconocimiento del problema y retarda la aplicación de soluciones estructurales.^(2,3)

Desde una perspectiva de salud pública, el bienestar del personal sanitario debe ser considerado un determinante clave de la calidad del sistema de salud. No es posible brindar atención humanizada, continua y oportuna en contextos de sobrecarga, aislamiento y desgaste emocional crónico. Por ello, cuidar al cuidador debe dejar de ser una consigna vacía y convertirse en una prioridad política concreta. Se requieren políticas de salud ocupacional específicas para el ámbito rural, que contemplen estrategias de rotación voluntaria, programas de apoyo psicosocial, incentivos económicos y académicos efectivos, y redes de supervisión profesional que mitiguen la soledad clínica y favorezcan la toma de decisiones compartidas.⁽⁴⁾

Asimismo, es necesario repensar los modelos de asignación de profesionales a zonas rurales. Si bien es comprensible que estas experiencias formen parte de la formación integral del médico, es indispensable que su asignación se haga con criterios de preparación, acompañamiento y respeto por los derechos laborales. No se trata de evitar la ruralidad, sino de dotarla de condiciones adecuadas para que el ejercicio médico sea viable, seguro y enriquecedor tanto para el profesional como para la comunidad.

Por otro lado, las facultades de medicina deben incorporar en sus programas curriculares competencias en salud rural, salud mental del profesional, autocuidado y trabajo en condiciones de adversidad, de forma que los futuros egresados lleguen mejor preparados a este tipo de escenarios. El sistema de salud, por su parte, debe avanzar hacia una visión más justa y humana de la atención primaria rural, donde el médico no sea el único responsable de una red de servicios fragmentada y subfinanciada, sino parte de un equipo interprofesional respaldado por mecanismos de soporte institucional.^(4,5)

En síntesis, el burnout del médico general en zonas rurales no es una queja individual, sino un síntoma colectivo de un modelo de atención que asigna funciones desmedidas sin garantizar las condiciones necesarias para su ejercicio. Visibilizar esta problemática no es un acto de debilidad, sino de responsabilidad sanitaria. Escuchar y atender el agotamiento del médico rural es fundamental para construir un sistema de salud más equitativo, más humano y sostenible, especialmente en aquellos territorios donde la salud es, más que un derecho, una urgencia cotidiana.

Referencias bibliográficas

1. Thomas Craig KJ, Willis VC, Gruen D, Rhee K, Jackson GP. The burden of the digital environment: a systematic review on organization-directed workplace interventions to mitigate physician burnout. Journal of the American Medical Informatics Association [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 May 19];28(5):985–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33463680/>
2. Guille C, Sen S. Burnout, Depression, and Diminished Well-Being among Physicians. Hardin CC, editor. New England Journal of Medicine [Internet]. 2024 Oct 24 [cited 2025 May 19];391(16):1519–27. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2302878>
3. Bundy H, Gerhart J, Baek S, Connor CD, Isreal M, Dharod A, et al. Can the Administrative Loads of Physicians be Alleviated by AI-Facilitated Clinical Documentation? J Gen Intern Med [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 May 19];39(15). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38937369/>
4. Shah SJ, Devon-Sand A, Ma SP, Jeong Y, Crowell T, Smith M, et al. Ambient artificial intelligence scribes: physician burnout and perspectives on usability and documentation burden. J Am Med Inform Assoc [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 May 19];32(2):375–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39657021/>
5. Sahni NR, Carrus B. Artificial Intelligence in U.S. Health Care Delivery. New England Journal of Medicine [Internet]. 2023 Jul 27 [cited 2025 May 19];389(4):348–58. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2204673>

Declaración de interés: Los autores no presentan conflictos de interés en el actual artículo.

Contribución de autoría:

Conceptualización y redacción: Jorge Andrés Hernández Navas.

Validación y revisión: Juan Sebastián Therán.

Financiamiento: Nulo.

